

# INFORMACION ACERCA DE LA MADRE BIOLÓGICA

NOMBRE DEL NIÑO:		NUMERO DEL CASO:
NOMBRE DEL TRABAJADOR DEL CASO:		NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA:

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO:

- Escriba claramente con letra de imprenta - usando tinta.
- Complete todas las preguntas/artículos. Si no sabe la respuesta a algún artículo, escriba "no sé".
- El formulario AD 67 se divide en dos partes separadas. La SECCION I consiste de información "que identifica" y se conservará de manera confidencial. No se le dará ninguna de esta información a su hijo adoptado ni a sus padres adoptivos, a menos que usted nos haya dado permiso por escrito para hacerlo. La SECCION II consiste de información "que no identifica". La ley de California sobre adopciones requiere que se les dé a los padres adoptivos una copia de la SECCION II, la cual contiene información médica, psicológica y social, antes de que se finalice la adopción, y que se le dé al niño adoptado una copia de la SECCION II basándose en una petición por escrito de él cuando cumpla 18 años.

## SECCION I — INFORMACION ACERCA DE LA MADRE BIOLÓGICA, QUE LA IDENTIFICA

### A. NOMBRE/DIRECCION:

NOMBRE DE LA MADRE BIOLÓGICA (NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO, APELLIDO)		NOMBRE DE SOLTERA		OTROS NOMBRES CON QUE SE LE CONOCE	
NUMERO DE SEGURO SOCIAL	NO. DE LA LICENCIA DE MANEJAR	FECHA DE NACIMIENTO (MES, DIA, AÑO)	LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD, ESTADO, PAIS)		
DIRECCION ACTUAL (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)				NUMERO DE TELEFONO (AREA) NUMERO	
DIRECCION PERMANENTE PARA RECIBIR CORREO (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL) *				NUMERO DE TELEFONO PERMANENTE (AREA) NUMERO	
RESTRICCIONES PARA USAR LA DIRECCION PERMANENTE PARA RECIBIR CORREO, SI LAS HAY					

### B. PADRES DE LA MADRE BIOLÓGICA: (los padres que la criaron)

NOMBRE DE LA MADRE DE LA MADRE BIOLÓGICA (NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO, APELLIDO)			NOMBRE DEL PADRE DE LA MADRE BIOLÓGICA (NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO, APELLIDO)		
DIRECCION	CALLE	CIUDAD	DIRECCION	CALLE	CIUDAD
ESTADO		CODIGO POSTAL	ESTADO		CODIGO POSTAL
¿SABE SU MADRE ACERCA DE ESTA ADOPCION? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE			¿SABE SU PADRE ACERCA DE ESTA ADOPCION? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE		
SI EN EL FUTURO NECESITAMOS PONERNOS EN CONTACTO CON USTED, ¿PODEMOS COMUNICARNOS CON SU MADRE PARA QUE NOS AYUDE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			SI EN EL FUTURO NECESITAMOS PONERNOS EN CONTACTO CON USTED, ¿PODEMOS COMUNICARNOS CON SU PADRE PARA QUE NOS AYUDE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

### C. PATERNIDAD DEL MENOR:

NOMBRE DEL PADRE BIOLÓGICO DEL NIÑO (NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO, APELLIDO)	NUMERO DE TELEFONO PERMANENTE (AREA) NUMERO
ULTIMA DIRECCION CONOCIDA (CALLE, CIUDAD, ESTADO, PAIS; SI ES FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA)	

### D. ESTADO CIVIL:

1. ¿Está casada ahora?  SI  NO Si lo está, ¿cómo se llama su esposo? \_\_\_\_\_  
(NOMBRE, NOMBRE DE EN MEDIO, APELLIDO)

¿Cuál es la dirección de él? \_\_\_\_\_

LA LICENCIA DEL MATRIMONIO ACTUAL FUE EXPEDIDA EN (CIUDAD, CONDADO, ESTADO)

LUGAR DEL MATRIMONIO (CIUDAD, CONDADO, ESTADO)	FECHA DEL MATRIMONIO (MES, DIA, AÑO)
--	--------------------------------------

\* NOTA: Es importante que usted notifique al Departamento de Servicios Sociales de California (*California Department of Social Services*) de cualquier cambio en su dirección permanente para recibir correo.

2. ¿Ha tenido otros matrimonios?  Sí  No Si la respuesta es "Sí", conteste el siguiente artículo:

NOMBRE DEL ESPOSO ANTERIOR	LUGAR DONDE SE EXPIDIO LA LICENCIA DE MATRIMONIO	FECHA Y LUGAR DEL MATRIMONIO	FECHA Y LUGAR DEL DIVORCIO	SI SU ESPOSO HA MUERTO, INDIQUE LA FECHA Y EL LUGAR DONDE MURIO	NO. DE HIJOS NACIDOS DEL MATRIMONIO
1.					
2.					
3.					

**E. OTROS HIJOS:**

¿Tiene otros hijos además del que se está adoptando? .....  Sí  No

Si contesta "Sí", complete el siguiente artículo:

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO		MARQUE (✓) SI ES PARIENTE CONSANG. DEL NIÑO POR ADOPT. COMPLETO	SI ES PARIENTE MEDIO	FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO	PERSONA ENCARGADA DEL CUIDADO DE ESTE NIÑO (Especifique el parentesco que tiene con el niño.)
	M	F				
1.						
2.						
3.						
4.						

**F. ASCENDENCIA DE INDIOS (INDIGENAS) DE LOS ESTADOS UNIDOS (EE. UU.):**

¿Es alguien en su familia, por parte de su madre o padre, de ascendencia india (indígena) de los Estados Unidos? .....  Sí  No

Si contesta "Sí", complete el formulario AD 4311, información acerca de un niño indio (indígena) de los EE. UU.).

Si contesta "Sí", ¿de qué tribu (o tribus) viene?..... ¿Dónde se encuentra la tribu (o tribus)?.....

¿Actualmente están usted o sus padres, o alguna vez estuvieron sus otros antepasados, registrados con la tribu?  Sí  No

Si contesta "Sí", ¿cuál es el número de registración de usted o de ellos?.....

¿Han tenido alguna vez usted, sus padres, abuelos o cualquier otro antepasado, un certificado del grado de sangre india (CDIB)?  Sí  No

Si contesta "Sí", por favor adjunte una copia del CDIB a este cuestionario.

**G. ASESORAMIENTO PSICOLOGICO:**

¿Ha visitado alguna vez a algún psicólogo, psiquiatra, trabajador social clínico o terapeuta para la salud mental o la salud relacionada a la conducta, con respecto a cualquier problema emocional, psicológico o de conducta que usted pudiera haber tenido? .....  Sí  No

Si contesta "Sí", complete lo siguiente:

FECHAS Y MOTIVOS PARA RECIBIR TRATAMIENTO:

---

NOMBRE DEL TERAPEUTA Y/U OFICINA/AGENCIA QUE PROPORCIONO EL TRATAMIENTO:

LUGAR:

MENCIONE LOS MEDICAMENTOS QUE LE RECETARON DURANTE SU TRATAMIENTO:

---

MOTIVO PARA LA DESCONTINUACION SI YA NO RECIBE TRATAMIENTO:

---

**H. PREGUNTAS SOBRE ADOPCION: (solamente para adopciones independientes)**

1. ¿La está representando su propio abogado en esta adopción? .....  Sí  No

2. ¿Es el abogado suyo también el abogado de los padres adoptantes? .....  Sí  No  No sé

3. ¿Cómo se pagaron los gastos de este embarazo, cuidado prenatal y parto?.....

4. ¿Pagaron los padres adoptantes algunos de los gastos necesarios para vivir de usted? .....  Sí  No

¿Cuánto? .....

5. La ley de California sobre adopciones establece que los padres biológicos que colocan a un niño para que sea adoptado tienen que tener conocimiento personal de la siguiente información con respecto a los posibles padres adoptivos: su nombre legal y completo; edad; religión; raza o grupo étnico; duración del matrimonio actual y número de matrimonios previos; empleo; si otros niños o adultos viven en el hogar; si hay otros niños que no residen en el hogar de ellos, la obligación de mantenimiento de hijos con respecto a estos niños, y si no se han cumplido estas obligaciones alguna vez; cualquier condición de salud que pudiera acortar su promedio de vida o disminuir sus actividades diarias normales; cualquier condena por delitos que no sean infracciones menores de las reglas de tráfico; cualquier traslado de niños de su cuidado debido al abuso o descuido de niños; y el área general donde viven, o si se les pide, su dirección.

6. ¿Tiene usted por lo menos esta información sobre los padres adoptantes? .....  Sí  No

7. ¿Qué otra información adicional desea o necesita usted acerca de los padres adoptantes? .....

8. ¿Ha conocido usted a los padres adoptantes?.....  Sí  No

9. Si contesta "Sí", ¿qué tan bien los conoce? .....

FIRMA DE LA MADRE BIOLÓGICA

FECHA EN QUE SE COMPLETO EL FORMULARIO

La información anterior fue proporcionada por: (marque la casilla que sea pertinente)

la madre biológica  el padre biológico  Otro (explique) .....

NOMBRE DEL NIÑO:		NUMERO DEL CASO:
NOMBRE DEL TRABAJADOR DEL CASO:		NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA:

**SECCION II — INFORMACION ACERCA DE LA MADRE BIOLOGICA, QUE NO LA IDENTIFICA**

Se dará esta información a los padres adoptantes y estará a la disposición del hijo de Ud. Por favor conteste todas las preguntas lo mejor que pueda.

**PARTE I — CARACTERISTICAS DE LA MADRE BIOLOGICA EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO DEL NIÑO POR ADOPTAR**

**A. INFORMACION GENERAL Y DESCRIPCION FISICA:**

ESTATURA	PESO USUAL	COLOR DE OJOS	COLOR DE PIEL	COLOR NATURAL DEL PELO	TEXTURA NATURAL DEL PELO (MARQUE LO QUE SEA PERTINENTE.) <input type="checkbox"/> DELGADO <input type="checkbox"/> MEDIO <input type="checkbox"/> GRUESO <input type="checkbox"/> LACIO <input type="checkbox"/> ONDULADO <input type="checkbox"/> RIZADO <input type="checkbox"/> ESCASO
FECHA DE NACIMIENTO (AÑO SOLAMENTE)	LUGAR DE NACIMIENTO (ESTADO SOLAMENTE)	SANGRE TIPO	Factor RH	CLASE DE CUERPO <input type="checkbox"/> HUESOS CHICOS <input type="checkbox"/> HUESOS MEDIANOS <input type="checkbox"/> HUESOS GRANDES	¿ES DIESTRA (USA LA MANO DER.)? <input type="checkbox"/> ¿ES ZURDA (USA LA MANO IZQ.)? <input type="checkbox"/>

**Raza/grupo étnico**

- blanca     hispana     filipina     negra     asiática o isleña del Pacífico  
 india (indígena) de los EE. UU. o de Alaska     otra (*especifique*) \_\_\_\_\_

Si es india (indígena) de los EE. UU. o de Alaska, por favor especifique el nombre de la tribu y grado de sangre india (*si lo sabe*): \_\_\_\_\_.

LA NACIONALIDAD ESPECIFICA DE LA CUAL DESCIENDE (POR EJEMPLO: IRLANDESA, FRANCESA, ALEMANA, CANTONESA, MEXICANA, NIGERIANA)

**B. EDUCACION:**

ULTIMO GRADO COMPLETADO	¿ASISTE A LA ESCUELA AHORA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CALIFICACIONES USUALES EN LA ESCUELA	OTRO ENTRENAMIENTO
-------------------------	--	--------------------------------------	--------------------

ACTIVIDADES FUERA DEL PLAN DE ESTUDIOS

MATERIAS EN QUE ESTA(BA) INTERESADA

**C. OCUPACION:**

OCUPACION ACTUAL	¿CUANTO TIEMPO?	¿OCUPACION USUAL?
------------------	-----------------	-------------------

¿CUALES SON SUS METAS OCUPACIONALES? (POR EJEMPLO: SER MAESTRA, SOLDADORA, DEPENDIENTA DE TIENDA)

**D. PERSONALIDAD:**

DESCRIBA SU PERSONALIDAD EN TERMINOS DE SU COMPORTAMIENTO, ACTITUDES Y HUMOR USUALES, ASI COMO LAS ACTIVIDADES EN QUE USUALMENTE PARTICIPA, CLASES DE PERSONAS CON LAS CUALES DISFRUTA PASAR EL TIEMPO, ETC.

DESCRIBA SUS HABILIDADES/TALENTOS, PASATIEMPOS, Y METAS EN LA VIDA.

DESCRIBA COMO ERA DURANTE SU NIÑEZ.



**F. HISTORIAL DE LA MENSTRUACION DE LA MADRE BIOLOGICA, E HISTORIAL DE SU EMBARAZO CON ESTE NIÑO:**

<b>1. HISTORIAL DE LA MENSTRUACION</b>	¿QUE EDAD TENIA CUANDO COMENZO A MENSTRUAR?	¿CUANTO LE DURA USUALMENTE SU PERIODO?	¿ES UD. REGULAR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	NO. DE DIAS EN EL CICLO
--	---	--	---	-------------------------

¿TIENE PROBLEMAS CON SUS MENSTRUACIONES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI CONTESTA "SI", EXPLIQUE:	¿FUE USTED UNA "BEBE DES"? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SE
--	--

<b>2. ESTE EMBARAZO</b>	NOMBRE Y DIRECCION DEL OBSTETRA QUE LE PROPORCIONO CUIDADO PRENATAL					
	NOMBRE DEL OBSTETRA	DIRECCION	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

¿CUANDO COMENZO EL CUIDADO PRENATAL?	¿QUE EDAD TENIA CUANDO SALIO EMBARAZADA?	NUMERO DE SEMANAS DE ESTE EMBARAZO	CLASE DE NACIMIENTO <input type="checkbox"/> UNICO <input type="checkbox"/> MULTIPLE <input type="checkbox"/> SI MULTIPLE, ¿CUANTOS?
--------------------------------------	--	------------------------------------	---

¿HUBO COMPLICACIONES DURANTE ESTE EMBARAZO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI CONTESTA "SI", EXPLIQUE:	¿HA DADO A LUZ A OTROS NIÑOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI CONTESTA "SI", ¿A CUANTOS?
---	---

<b>3. CONDICIONES DURANTE ESTE EMBARAZO</b>	RUBEOLA..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ENFERMEDADES TRANSMITIDAS SEXUALMENTE <input type="checkbox"/> HERPES <input type="checkbox"/> GONORREA <input type="checkbox"/> SIFILIS	VIRUS (p. ej., influenza) ..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	INFECCIONES..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CHLAMIDIA <input type="checkbox"/> VERRUGAS GENITALES	ACCIDENTES..... <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

SI CONTESTA "SI" A CUALQUIER PREGUNTA ANTERIOR, ESPECIFIQUE LA CLASE DE CONDICION, FECHAS, Y CLASE DE TRATAMIENTO.

**4. DROGAS/MEDICAMENTOS QUE TOMO DURANTE ESTE EMBARAZO, Y LOS ULTIMOS 12 MESES ANTERIORES AL MISMO:**

<b>a. Medicamentos recetados:</b> (dé los nombres)	TOMADOS DURANTE ESTE EMBARAZO		TOMADOS DURANTE LOS ULT. 12 MESES ANT. AL EMB.		¿CUANDO?	¿CON QUE FRECUENCIA?	¿CANTIDAD?
	SI	NO	SI	NO			
1.							
2.							
3.							
4.							
<b>b. Medicamentos no recetados, incl. aspirina, gotas para la nariz, etc.:</b>							
1.							
2.							
3.							
4.							
<b>c. Alcohol y otras sustancias:</b>							
1. Alcohol (vino, cerveza, etc.).....							
2. Anfetaminas (estimulantes).....							
3. Barbitúricos (depresivos).....							
4. Tabaco.....							
5. Cocaína.....							
6. Cocaína fumable (crack).....							
7. Heroína.....							
8. LSD**.....							
9. PCP***.....							
10. Marihuana.....							
11. Otra (especifique).....							

¿Alguna vez ha usado drogas inyectadas en la vena?  SI  NO

## G. HISTORIAL PERSONAL DE SALUD:

DESCRIBA SU SALUD EN GENERAL.

¿QUE ENFERMEDADES DE LA NIÑEZ HA TENIDO?

SARAMPION:  RUBEOLA (3 DIAS)  PAPERAS  FIEBRE DEL HENO  INFECCIONES DE OIDOS  FIEBRE REUMATICA - OIDOS  FIEBRE REUMATICA  
 RUBEOLA (2 SEMAN.)  VARICELAVIRUELA  ROSEOLA  ENCEFALITIS  SOPLO CARDIACO  INFECCIONES DE LA ORINA/VEJIGA  
 ASMA  MENINGITIS  ESCARLATINA  OTRA (especifique)

¿HA TENIDO CIRUGIA EXTENSA?

SI  NO SI CONTESTA "SI", ¿PARA CUAL CONDICION / y cuándo?

¿ES USTED

GEMELA?  TRILLIZA?  MIEMBRO DE OTRO NACIMIENTO MULTIPLE?

¿ES USTED GEMELA

IDENTICA?  NO IDENTICA?

## H. HISTORIAL DE LA FAMILIA:

¿SE LE ADOPTO A USTED O A ALGUN MIEMBRO DE LA FAMILIA INMEDIATA?

SI  NO SI CONTESTA "SI", POR FAVOR DIGA QUIEN:

	SU PADRE BIOLOGICO		SU MADRE BIOLOGICA	
Edad actual .....				
Si ha muerto, la edad al morir				
Causa de la muerte .....				
Estatura y peso.....	ESTATURA	PESO	ESTATURA	PESO
Color y textura del pelo.....				
Color de ojos .....				
Color de piel .....				
Zurdo(a) o diestro(a) .....				
Razgos sobresalientes .....				
Educación completada .....				
Ocupación .....				
Raza/grupo étnico .....	<input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> HISPANO <input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> FILIPINO <input type="checkbox"/> ASIATICO O ISLEÑO DEL PACIFICO <input type="checkbox"/> OTRO (especifique) <input type="checkbox"/> INDIO (INDIGENA) DE LOS EE. UU. O DE ALASKA		<input type="checkbox"/> BLANCA <input type="checkbox"/> HISPANA <input type="checkbox"/> NEGRA <input type="checkbox"/> FILIPINA <input type="checkbox"/> ASIATICA O ISLEÑA DEL PACIFICO <input type="checkbox"/> OTRA (especifique) <input type="checkbox"/> INDIA (INDIGENA) DE LOS EE. UU. O DE ALASKA	
Nacionalidad.....				
Religión .....				
¿Sabía este(a) padre/madre del embarazo de usted? .....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Cuántos hermanos tuvo? .....				
Si cualquiera de los tíos de Ud. ha muerto, dé la edad al morir y la causa de la muerte .				
	LOS PADRES DEL PADRE DE USTED		LOS PADRES DE LA MADRE DE USTED	
	PADRE	MADRE	PADRE	MADRE
Edad .....				
Si ha muerto, la edad al morir y la causa de la muerte .....				
Describa su apariencia física..				
Estatura y peso.....	ESTATURA	PESO	ESTATURA	PESO
Razgos sobresalientes .....				
Educación completada .....				
Ocupación actual o anterior.....				
¿Sabía del embarazo de usted?.....	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**H. HISTORIAL DE LA FAMILIA: (continuación)**

**LOS HERMANOS Y HERMANAS DE USTED**

(Si tiene más de 4 hermanos, por favor use más papel.)

	1		2		3		4	
Sexo (masculino o femenino) .....								
Edad .....								
Si ha muerto, la edad al morir y la causa de la muerte .....								
¿Hermano(a) o medio(a) hermano(a)?	<input type="checkbox"/> HERM.(A)	<input type="checkbox"/> MEDIO(A)						
Estatura y peso .....	ESTATURA	PESO	ESTATURA	PESO	ESTATURA	PESO	ESTATURA	PESO
Color y textura del pelo .....								
Color de ojos .....								
Color de piel .....								
Pasatiempos y habilidades/talentos .								
Ultimo grado que completó en la esc.								
¿Asiste ahora a la escuela? .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
Ocupación .....								
¿Sabía del embarazo? .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
Estado civil .....								
Número de niños que tiene .....								
Salud de los niños de él/ella .....								

**LOS OTROS HIJOS DE USTED**

(Si tiene más de 4 hijos, por favor use más papel.)

	NIÑO #1		NIÑO #2		NIÑO #3		NIÑO #4	
Indique si es hijo o hija .....								
Fecha de nacimiento o edad .....								
¿Es este niño hermano(a) o medio(a) hermano(a) del niño por adoptar? .....	<input type="checkbox"/> HERM.(A)	<input type="checkbox"/> MEDIO(A)						
Si ha muerto, la edad al morir... ..								
Causa de muerte .....								
Estatura y peso .....	ESTATURA	PESO	ESTATURA	PESO	ESTATURA	PESO	ESTATURA	PESO
Color y textura del pelo .....								
Color de ojos .....								
Color de piel .....								
Zurdo o diestro .....								
Grado escolar .....								
¿Vive con usted este niño? .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						
Pasatiempos y habilidades/talentos .								
Salud en general.....								
Cirugía extensa.....								
Problemas de salud.....								
¿Sabía este niño del embarazo de usted? .....	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO						

## I. HISTORIAL DE LA SALUD DE USTED, SUS PADRES Y OTROS PARIENTES:

Indique marcando la casilla apropiada si USTED o cualquier PARIENTE (es decir, sus padres, hermanas, hermanos, tías, tíos, abuelos, otros hijos que usted tuvo, etc.) han tenido o tienen ahora las condiciones médicas que se mencionan a continuación. Indique el parentesco de la persona con usted. Por favor complete la sección de comentarios. Si alguna condición médica resultó en la muerte de algún miembro de la familia, indique esto, y la edad aproximada de la persona en el momento de la muerte en la sección de comentarios.

CONDICION MEDICA	NO	NO SE	SI YO	SI - PARIENTE (Especifique el parentesco.)	COMENTARIOS
<b>A. IMPEDIMENTOS CONGENITOS</b>					
1. Pié zambo ( <i>clubfoot</i> ) o cualquier problema ortopédico (es decir, pié plano, etc.)					
2. Labio leporino (partido) o paladar partido					
3. Síndrome de Down					
4. Otra anomalía cromosomal					
5. Hidrocéfalo					
6. Distrofia muscular					¿Partes del cuerpo afectadas? ¿Edad en que comenzó?
7. Enanismo					
8. Espina bífida					
9. Defecto congénito del corazón					
10. Drepanocitosis ( <i>sickle cell anemia</i> )					
11. Enfermedad de Tay-Sachs					
<b>B. ALERGIAS</b>					¿Alergia a qué? ¿Qué tratamiento o medicamento?
1. Eccema u otra condición cutánea					
2. Fiebre del heno u otra alergia					
3. Alergia a medicamentos					¿A qué medicamentos?
4. Alergia a ciertos alimentos					¿A qué alimentos?
<b>C. TRASTORNOS DENTALES, DE LOS OJOS, DEL OIDO Y DEL DESARROLLO</b>					
1. Ceguera, glaucoma, daltonismo (imposibilidad de distinguir colores) u otros problemas visuales					
2. Lentes correctivos o lentes de contacto					¿A qué edad se necesitaron los lentes recetados?
Miopía <input type="checkbox"/>					
Hiperopia <input type="checkbox"/>					
Astigmatismo (incapacidad para enfocar) <input type="checkbox"/>					
Estrabismo (bizquera) <input type="checkbox"/>					
Otro (explique) <input type="checkbox"/>					
3. Frenos en los dientes u otro trabajo de ortodoncia					Si marca "SI", ¿qué clase de trabajo de ortodoncia y por cuánto tiempo?

**I. HISTORIAL DE LA SALUD DE USTED, SUS PADRES Y OTROS PARIENTES: (continuación)**

CONDICION MEDICA	NO	NO SE	SI YO	SI - PARIENTE (Especifique el parentesco.)	COMENTARIOS
4. Sordera u otros problemas del oído					Si contestó "SI", indique la edad en que comenzó? ¿Educación especial?
5. Problemas del habla					
6. Problema de aprendizaje					¿Hubo diagnóstico? ¿Hospitalización?
7. Retraso: mental o físico					
<b>D. TRASTORNOS DE LA CIRCULACION</b>					
1. Hemofilia					
2. Drepanocitosis ( <i>sickle cell anemia</i> ) o característica de drepanocitos					
3. Hipertensión (presión alta de la sangre)					¿Edad en que comenzó? ¿Qué tratamiento? ¿Hospitalización?
4. Apoplejía ( <i>stroke</i> )					
5. Ataque al corazón (coronario)					
6. Artritis					¿Qué clase? ¿Edad en que comenzó? ¿Qué parte del cuerpo?
7. Enfermedad de los riñones					¿Edad en que comenzó? ¿Qué tratamiento?
<b>E. TRASTORNOS HORMONALES</b>					¿Edad en que comenzó? ¿Qué tratamiento?
1. Diabetes					
2. Trastornos de la tiroides					
3. Obesidad (peso excesivo)					
<b>F. TRASTORNOS RESPIRATORIOS</b>					¿Alguna causa (conocida)? ¿Qué tratamiento?
1. Asma					
2. Enfisema					¿Edad en que comenzó?
3. Tuberculosis					¿Edad en que comenzó? ¿Qué clase? ¿Qué parte del cuerpo?
<b>G. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO</b>					¿Edad en que comenzó? ¿Qué tratamiento? ¿Hospitalización?
1. Esquizofrenia diagnosticada					
2. Maniaco-depresivo diagnosticado					
3. Otra enfermedad mental. Describa, usando una página adicional si es necesario.					
4. Alcoholismo o el tomar mucho					
5. Uso de drogas					¿Clase, cantidad, y cuándo las tomó?

**I. HISTORIAL DE LA SALUD DE USTED, SUS PADRES Y OTROS PARIENTES: (continuación)**

CONDICION MEDICA	NO	NO SE	SI YO	SI - PARIENTE (Especifique el parentesco.)	COMENTARIOS
H. TRASTORNOS LINFATICOS					¿Qué clase? ¿Edad en que comenzó? ¿Qué parte del cuerpo?
1. Cáncer					
2. Tumores					
3. Fibrosis cística					
4. Enfermedad de Hodgkin					
I. TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO					¿Partes del cuerpo afectadas? ¿Edad en que comenzó?
1. Esclerosis múltiple					
2. Enfermedad de Huntington					
3. Parálisis cerebral					
4. Ataques o convulsiones					¿Edad en que comenzaron? ¿Qué tratamiento? ¿Frecuencia?
5. Epilepsia					
J. INFECCION, HOSPITALIZACION					¿Diagnóstico?
1. Ataques repetidos de fiebre con infección conocida					
2. Infección grave repetida que necesitó hospitalización					
3. Hospitalización, operación, o lesión					¿Para qué? ¿Cuándo?
K. OTROS PROBLEMAS MEDICOS O DE LA SALUD					